Aus der Kieler chirurgischen Klinik.

University Library
MAY
25
1905

Ein Fall

von

Polyposis recti.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ferdinand Kaselowsky
aus Berlin.

Kiel 1904.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Kieler chirurgischen Klinik.

Ein Fall

von

Polyposis recti.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ferdinand Kaselowsky
aus Berlin.

Kiel 1904.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 132.
Rektoratsjahr 1903/04.

Referent: Dr. **Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Siemerling,**
z. Z. Dekan.

Dem treuen Andenken

meiner Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/einfallvonpolypo0000ferd

Polyposis recti ist eine immerhin selten zur Beobachtung kommende Erkrankung. Während einzelne Polypen im Magendarmkanal recht häufig angetroffen werden, resp. sich später bei Sektionen fanden, sind bis heute nur 19 Fälle in der Literatur bekannt, wo eine multiple Polypenbildung im Dickdarm, speziell im Rectum näher beschrieben worden ist.

Die letzte diesbezügliche umfangreichere und zusammenfassende Arbeit ist von Dr. Port angefertigt worden, der gelegentlich einer neuen Beobachtung eines solchen Falles in der Greifswalder Klinik des Professor Helferich im Jahre 1896 die bis dahin in der Literatur beschriebenen 11 Fälle zusammenstellte.

Ich verweise daher auf dessen Arbeit (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1896) und werde dieselbe nur insofern rekapitulieren, als ich seine seiner Zeit aufgestellte Tabelle durch die seitdem beobachteten Fälle vervollständige und etwas erweitere. Auch auf diese letzten beobachteten Fälle werde ich nur tabellarisch eingehen.

Im ganzen sind seit der Arbeit des Dr. Port noch 6 Fälle zur genaueren Beobachtung gekommen und der Literatur hinzugefügt, nämlich 2 von Professor Czerny und 1 von Professor Lebert (diese 3 sind zusammengestellt nebst anderen von Dr. Schwab, Beiträge zur

Chirurgie 1897), ferner 2 von Professor Rotter (Archiv für klinische Chirurgie Bd. 58) und endlich 1 von Professor Vajda (Jahrbuch für Kinderheilkunde L. 4, p. 411, 1899).

Zu allen diesen kommt dann noch der Fall, der jetzt im Februar 1904 in der Kieler Klinik des Professor Helferich beobachtet worden ist und mir zur Bearbeitung überwiesen wurde.

Ich werde also auf diesen Fall zuerst eingehen:

Anamnese: Der Segelmacher Hermann Kruse, 35 Jahre alt, ist angeblich bis vor $3^1/_2$ Jahren stets gesund gewesen. Bis zu dieser Zeit ist er zur See gefahren. Er mußte dann aber seinen Beruf aufgeben, weil er stark an Durchfällen litt, die mit starker Verstopfung abwechselten. Diese Zustände traten anfallsweise auf, d. h. sie dauerten bisweilen mehrere Monate, um dann wieder für einige Zeit zu verschwinden. Der Leib war bei diesen Anfällen nicht besonders schmerzhaft, dagegen traten während des Stuhlganges stellenweise drückende Schmerzen auf. Patient hat öfter beobachtet, daß dem Kot geringe Mengen von Blut punktförmig beigemengt waren. Der letzte Anfall trat Mitte November 1903 auf und hielt bis jetzt an, weshalb Patien sich hier aufnehmen ließ.

Das Körpergewicht des Patienten betrug mit Kleidung im Jahre

1902 ca. 170 Pfund,
1903 „ 140 „

bei seiner Aufnahme in die Klinik Anfang Februar ohne Kleidung 132 Pfund.

Die Familienanamnese des Patienten ergibt nichts wesentliches. Seine Mutter ist gesund, von seinem Vater weiß Patient nichts, da er außerehelich geboren ist.

Status: Patient ist ein großer, seinen Lebensjahren entsprechend unverhältnismäßig alt aussehender Mann von blasser Gesichtsfarbe und mäßig gutem Ernährungszustand.

Die Untersuchung der Brustorgane ergibt nichts wesentliches.

Der Leib ist nicht aufgetrieben und auch auf Druck im allgemeinen nicht empfindlich. Nur ca. handbreit über der Symphyse in der Medianlinie ist bei starkem Eindrücken eine ca. apfelgroße, festweiche Resistenz zu fühlen, welche sich bei Druck als schmerzhaft erweist; sie ist nicht scharf abzugrenzen. Bei der Exploration per rectum ist ca. 6 cm oberhalb des Orificium der untere Pol eines Tumors von festweicher Konsistenz fühlbar nachzuweisen. Eine Begrenzung nach oben hin ist nicht abtastbar. Das Rectum ist nur dann gut durchgängig, wenn man den Tumor bei Seite drängt. Der Tumor selbst erscheint zusammengesetzt aus zahlreichen größeren und kleineren, teils gestielten, teils breiter aufsitzenden, rundlichen, weichen Knoten.

Nach diesem Befunde wird am 4. II. 04. zur Operation in Chloroformnarkose geschritten.

Zuerst wird der Sphinkter nach Einführung eines Speculum gedehnt. Man sieht dann ca. 3 Finger breit oberhalb des Anus beginnend, das ganze Rectum ausgefüllt von traubenartigen, kürzer oder länger gestielten, weichen Knoten, die von Schleimhaut überzogen sind. Die weichen Massen füllen das Rectum in seinem Lumen gänzlich aus und läßt sich nach oben hin keine Grenze erkennen. Es besteht reichliche Schleimabsonderung.

Zunächst wird dann ein Anus praeternaturalis angelegt. Schnitt in der linken Iliakalgegend, Vorziehen der

Flexura sigmoidea. Daneben 3—4 cm lateral Schnitt durch Haut, Aponeurose, Durchziehen der Darmschlinge zwischen Muskulus abdominis internus und externus. Vorlagerung und Fixierung durch 2 Gummischläuche. Naht der medianen Wunde, Verband.

8. II. 04. Eröffnung des Anus praeternaturalis mit dem Thermokauter. Nach Öl reichlich Stuhl aus demselben. Nunmehr zeigen sich auf der Schleimhaut der eröffneten Schlinge teils erbsengroße, teils etwas größere sehr zahlreiche Vorwölbungen der Schleimhaut von weicher Konsistenz und glatter Oberfläche. Bei der digitalen Untersuchung der beiden Darmenden zeigt sich, daß nach beiden Seiten hin der Darm überall mit Polypen bedeckt ist. Eine Grenze läßt sich nach beiden Seiten nicht abtasten. Unter diesen Umständen wird von einer Radikaloperation abgesehen und bleibt infolgedessen die Therapie auf die Anlegung des Anus praeternaturalis beschränkt. Zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchungen wird etwas exstirpiert.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt folgendes:

Das exzidierte Darmstück zeigt nach Härtung, es ist ca. 2 cm lang und 1 1/2 cm dick, auf einem Durchschnitt im wesentlichen eine scharfe Grenze der einzelnen Darmschichten. Auch die Schleimhaut, die etwas verdickt erscheint, sie ist ca. 2—3 mm dick, läßt am Sagitalschnitt nirgends ein Übergreifen auf die tieferen Schichten erkennen; nur erscheint sie an einigen Stellen etwas prominenter durch kleine knopfförmige Erhabenheiten, die, wie das mikroskopische Bild zeigt, bedingt sind durch eine besonders dichte Anhäufung von Drüsenschläuchen.

Letztere weisen im wesentlichen normalen Typus auf. Die Submucosa ist ziemlich gefäßreich. Besonders stark gefüllt und erweitert erscheinen die Venen. Auch finden sich größere, weitere Lymphgefäße, namentlich direkt unter der Submucosa. Letztere enthält mehrere, größere solitäre Lymphfollikel, die zapfenförmig in die Schleimhaut hineinragen. Das follikuläre Gewebe setzt sich zwischen die Drüsenschläuche fort und drängt sie etwas auseinander.

Irgendwelche, auf eine maligne Entartung der Drüsenschläuche hindeutende histologische Veränderungen sind in dem exzidierten Stück nicht erkennbar. Es ist daher auch der histologische Befund für die Beurteilung der Prognose des vorliegenden Falles kaum irgendwie zu verwerten.

Die Prognose dieses Falles kann nach dem Gesagten nur auf dubia lauten. Da der Hauptsitz der Polyposis, das Rectum, durch die Anlegung eines Anus praeternaturalis von jeder Reizung ausgeschlossen ist, so ist es möglich, wenn die Polyposis nicht weiter stark auf das Colon und Coecum übergeht, daß der Patient keine Beschwerden weiter haben wird. Auf die Prognose der Polyposis im allgemeinen werde ich später eingehen.

Umstehend habe ich nun über die gesammelten Fälle eine Tabelle aufgestellt, in der die wichtigsten Punkte berührt sind. Auch der eben beschriebene Fall ist mit angefügt.

Beobachter	Pat. männl.	Pat. weibl.	Heredität	Dauer der Erkrankung	Symptome bei Beginn d. Erkr.	Sitz der Erkrank.
Sklifasowski 1881	51 Jahr	—	—	7 Jahr	Durchfälle, Schmerzen, Stühle schleimig blutig	Rectum
Cripps 1882	19 Jahr	—	17 jährige Schwester dieselbe Erkr.	10 Jahr	Heftige Blutung nach Erkältung aus Rectum	Rectum
Whitehead 1884	21 Jahr	—	—	10 Jahr	Austreten eines Polypen aus After bei Defaecation 2 Jahr später Schmerzen Blutung.	Rectum und Colon
Smith 1887	20 Jahr	—	17 jähriger Bruder 16 jährige Schwester	10 Jahr	Blutungen	Rectum und Colon
Guillet 1888	24 Jahr	—	—	?	allgemeine Darmstörungen	Rectum, Colon Coecum
Handfort 1890	—	34 Jahr	—	?	?	Rectum, Colon
Bickersteth 1890	11 Jahr	—	Mutter seit ihrem 10. Lebensjahr auch Polyp.	4 Jahr	Blutbeimengungen bei Stuhl	Rectum
Dalton 1893	—	28 Jahr	—	2 Jahr	Schmerzen, Blut, Schleimabgang	Rectum, Colon Coecum
Paget 1893	junger Mann	—	2 Schwestern	—	—	—
Makins 1893	—	18 Jahr	—	—	—	—

Therapie	Ausgänge					Mikroskop. Befund
	Besserung	Verblutung	Invaginat.	Carcinom	Sonstige Todesursache	
z. T. mit Kornzange u. Knochenlöffel entfernt	mit Anus praetern.	—	—	—	—	Adenom
5 mal operiert ohne wesentliche Erleichterung	Besserung	—	—	—	—	—
Abtragung der erreichbaren Polypen	Besserung	—	—	—	—	Adenom
mit 10 Jahren op. dann 1/4 Jahr Ruhe dann 3 mal Polyp. mit Schlinge entfernt	—	—	—	† Carcinom	—	neben Adenom 1 carcinöses Adenom
Spaltung d. Rect. Abtragung der größeren Polypen	—	—	† Invag. die trotz Reposition wiederkehrte	—	—	—
2 mal operiert	—	—	—	† Carcinom	—	malignes Adenom mit Metastasen in Leber
die größten unterbunden und abgeschnitten	Besserung	—	—	—	—	—
Entfernung der größeren	—	† Verblutung n. Operat.	—	—	—	Adenom
—	—	† Verblutung	—	—	—	—
Entfernung	—	—	—	† nach 2 Jahren Carcinom	—	Carcinom

Beobachter	Pat. männl.	Pat. weibl.	Heredität	Dauer der Erkrankung	Symptome bei Beginn d. Erkr.	Sitz der Erkrank.
Hutchinson 1893	20 Jahr	—	—	—	—	—
Geissler 1895	19 Jahr	—	—	seit frühester Kindheit also ca. 16 Jahr	Mastdarmvorfall nachher Blutungen	Rectum, Colon Coecum
Helferich 1895	19 Jahr	—	27 jährige Schwester	seit frühester Kindheit also ca. 16 Jahr	Verstopfung Vorfall	Rectum, Colon Coecum und Magen
Czerny 1897	37 Jahr	—	—	ca. 15 Jahr	Vorfall und Blutbeimengungen, Blutungen	Rectum, Colon Coecum
Czerny 1897	—	18 Jahr	—	3 Jahr	Diarrhöen, Darmkatarrh, Blut, Schleim	Rectum
Lebert 1897	—	32 Jahr	—	1 Jahr	Diarrhöen 10—12 mal p. d.	Rectum, Colon
Rotter	34 Jahr	—	—	2 Jahr	Durchfälle seit 1/2 Jahr Incontinentia alvi	Rectum, Colon Coecum
Rotter	—	31 Jahr	—	1/2 Jahr	Vorfall, blutig eitriger Ausfluß Diarrhöen	Rectum, Colon Coecum
Vadja	9 Jahr	—	—	ca. 3 Jahr	Durchfälle Prolaps.	Rectum, Colon Coecum
Helferich	35 Jahr	—	—	ca. 3 1/2 Jahr	Durchfälle, Schmerzen b. Stuhl geringe Mengen Blut	Rectum, Colon

Über pathologische Arbeiten cf.

P. Wulf, Dissert. Kiel 1892
W. Böhm, „ „ 1901

} Polyposis des Dickdarms mit mehrfacher krebsiger Umwandlung.

Therapie	Ausgänge					Mikroskop. Befund
	Besserung	Verblutung	Invaginat.	Carcinom	Sonstige Todesursache	
—	—	—	—	† nach 2 Jahren Carcinom	—	Carcinom
3 mal operiert in 1 1/2 Jahr	—	—	† Invaginat.	—	—	—
op. Anus praeternat.	—	—		† Carcinom	—	Metastasen in Mesenterialdrüs., Leber, Halsdrüsen
Probelaparotomie	—	—	—	—	† Collaps n. Operat.	Hypertrophie d. Schleimhaut
Excochleation	Besserung	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	† Erschöpfung	Hypertrophie d. Schleimhaut
Abtragung, Laparotomie, Ileum mit S Romanum verbunden	scheinbare Besserung doch soll nach 4 Monaten †		—	—	—	Adenom
Exstirpatio recti	Besserung	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	† Erschöpfung	—
op. Anus praeternat.	scheinbare Besserung	—	—	—	—	s. vorn

Betrachten wir nun die auf vorstehender Tabelle zusammengestellten 20 Fälle, so lassen sich daraus interessante Schlüsse ziehen.

Was erstens mal das Geschlecht anbetrifft, so ist die Krankheit 14 mal bei männlichen und 6 mal bei weiblichen Personen beobachtet worden. Dazu kommen die in derselben Familie aufgetretenen Erkrankungen mit 6 weiblichen und 1 männlichen Patienten. Es würde sich also das Verhältnis zwischen männlich und weiblich auf 15 : 12 stellen, eine Zahl, die ja freilich wegen der geringen Zahl der zu Gebote stehenden Beobachtungen keinen Schluß darüber zuläßt, ob das männliche oder das weibliche Geschlecht mehr zu der Krankheit prädisponiert ist.

Das Alter der jeweiligen Patienten schwankt zwischen 9 und 51 Jahren, wobei freilich zu berücksichtigen ist, daß das Alter von 18—30 Jahren bedeutend vorwiegt, und zwar scheinen dabei fernerhin die Frauen erst in späteren Jahren, d. h. von Ende 20 ab, die Männer früher, schon zwischen 10—20 vorwiegend von der Krankheit befallen zu werden.

Wir kommen dann zur Frage der Heredität. Bei den 20 Fällen konnte 5 mal mit Sicherheit die gleiche Erkrankung in derselben Familie beobachtet werden. 4 mal waren es Geschwister, 1 mal die Mutter, die damit behaftet waren. Aber auch hierüber wird sich erst nach

öfteren Beobachtungen ein sicheres Urteil aufstellen lassen, wenngleich es schon jetzt den Anschein hat, als ob die Erblichkeit hierbei eine große Rolle spielt.

Die Dauer der Erkrankung schwankt zwischen $^1/_2$ Jahr und 16 Jahren. Das Bild der Übersicht läßt hier keinen Vergleich zu.

Dagegen sind die Symptome bei Beginn der Krankheit fast durchweg dieselben. Durchfälle, Schmerzen, blutiger Stuhl wechseln mit Prolapsen von größeren und kleineren Polypen ab. Meist hat letzterer Umstand und in einzelnen Fällen direkte Blutungen aus dem Rectum die Patienten zum Arzt geführt.

Was nun den Sitz der Erkrankung anbetrifft, so ist entschieden das Rectum bevorzugt. Von den 20 Fällen standen mir 17 genaue Angaben zur Verfügung. Bei allen diesen war das Rectum befallen, bei 13 von ihnen war die Erkrankung auch im Colon, bei 8 im Coecum und endlich bei einem mit Überspringung des Dünndarmes auch noch im Magen nachzuweisen.

Ich möchte hierbei gleich eine Betrachtung über die Ätiologie einfügen. Es muß doch auffällig erscheinen, daß vornehmlich das Rektum, dann weiter oft das Colon befallen war. Sollte da die Meinung nicht berechtigt sein, daß vorwiegend längere Reize auf die Darmschleimhaut die Erkrankung hervorzurufen scheinen? Ich meine damit Reize von Seiten der Contenta. Ist doch das Rectum derjenige Ort, wo die Contenta am längsten festgehalten werden und wo sich eine etwaige Stuhlverhaltung am ersten lästig bemerkbar macht. Die durch etwaige Koprostase bedingte mechanische Reizung im Verein mit der durch die Zersetzungsvorgänge zustandekommenden che-

mischen könnten doch wohl dazu helfen, die Mucosa so zu reizen, daß erst mal eine Hypertrophie derselben und dann die multiple Polypenbildung zustande kommt. Eine gewisse Disposition muß natürlich vorliegen. Vielleicht prüfen Berufenere diese Frage mal eingehender und wissenschaftlicher, als ich es vermag. Jedenfalls hat man bei Sektionen doch oft Polypen im Magendarmkanal gefunden bei Personen, die intra vitam oft und andauernd an Magenkatarrhen gelitten haben.

Was haben wir nun von der Therapie zu erwarten? Bei den 20 Fällen ist 16 mal von einer Therapie berichtet, und zwar sind stets die erreichbaren Polypen entweder ausgekratzt oder mit der Schlinge entfernt worden. Stets war aber der Erfolg ein zweifelhafter, da sich bald, d. h. stellenweise schon nach ½ Jahr an den umliegenden Partien neue Polypenbildung zeigte. Wir stehen also der Erkrankung ziemlich machtlos gegenüber. Am meisten Aussicht auf Erfolg scheint, besonders in den Anfangsstadien, noch die Anlegung eines Anus praeternaturalis zu haben, wodurch dann das erkrankte Darmstück jeder Arbeit enthoben und dadurch von den Reizen befreit wird. Doch auch bei der Beurteilung dieser Frage macht sich der Mangel an Beobachtungsmaterial nachteilig geltend.

Die Beobachtungen über die Ausgänge zeigen sich folgendermaßen: Von den 20 Fällen sollen 8 Fälle als gebessert entlassen worden sein. Doch ist es meistens nicht möglich gewesen, eine dauernde Besserung zu beobachten, weil eben die Patienten sich der Beobachtung entzogen haben, und dadurch eine tatsächliche Statistik unmöglich gemacht ist. Von den übrigen 12 Fällen sind 2 an direkter Verblutung aus dem Rectum, 2 an der

durch den Blutverlust bedingten Erschöpfung und 1 durch Collaps nach der Operation zu Grunde gegangen. Bei 2 war die Todesursache eine durch die Polypen bedingte Invagination mit der Unmöglichkeit der erfolgreichen Reposition. Bei dem Rest der beobachteten Fälle ging die Polyposis über in Carcinom und führte dann das Carcinom zum letalen Ausgang.

Lebenslauf.

Ich bin am 27. Januar 1877 zu Berlin geboren als Sohn des verstorbenen Geheimen Kommerzienrat E. Kaselowsky und seiner ebenfalls verstorbenen Ehefrau Marianne, geb. Schwartzkopff.

Meine Schulbildung genoß ich auf dem Friedrichsgymnasium und dem Lessinggymnasium zu Berlin und beendete sie Ostern 1898 auf dem Gymnasium zu Gartz a. O. mit der Ablegung der Reifeprüfung.

Ich studierte dann Medizin in Marburg von April 1898 bis Oktober 1899, in Berlin von Oktober 1899 bis Oktober 1901. In Berlin genügte ich im S.-S. 1900 meiner $^1/_2$jährigen Militärpflicht. Ebendort bestand ich Ostern 1901 mein Physikum bis auf eine Station, die ich im Oktober in Kiel nachholte. Oktober 1901 siedelte ich dann nach Kiel über, woselbst ich jetzt am 18. Februar 1904 mein Staatsexamen beendete. Am 26. Februar habe ich promoviert.